

11237

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

135
2oj

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA S.S.

"CELULITIS ORBITARIA"

TRABAJO DE TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE MEDICO PEDIATRA
PRESENTAN LOS DOCTORES:

JUAN CARLOS ORDAZ FAVILA
Y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RAUL GERARDO LOZANO MARQUEZ

Jose A. Salazar
Jose A. Salazar

DR. JOSE ANTONIO SALAZAR LEON
TUTOR DE TESIS Y
JEFE DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.

Hector Fernandez Varela M.
Hector Fernandez Varela M.

DR. HECTOR FERNANDEZ VARELA M.
DIRECTOR GENERAL.

Efrain Shor Pinsker
Efrain Shor Pinsker

DR. EFRAIN SHOR PINSKER.
SUBDIRECTOR GENERAL DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACION.

Luis Heshiki Nakandakari
Luis Heshiki Nakandakari

DR. LUIS HESHIKI NAKANDAKARI.
JEFE DEL DEPTO. DE ENSEÑANZA
DE PRE Y POSTGRADO.

1992



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAGS.
INTRODUCCION.....	3
MATERIAL Y METODOS.....	3 - 4
RESULTADOS.....	4 - 6
DISCUSION.....	7 - 9
BIBLIOGRAFIA.....	10 - 11

CELULITIS ORBITARIA

INTRODUCCION.

La celulitis orbitaria es una infección aguda del tejido orbitario, causada comunmente por bacterias. Es una infección grave porque puede diseminarse hasta llegar al seno cavernoso, meninges y encéfalo. Llegando a la trombosis del seno cavernosos y a la muerte del paciente.

El cuadro clínico, la etiología y sus complicaciones han sido reportados por varios autores (1,4,7).

El objetivo de esta revisión es presentar la experiencia del Instituto Nacional de Pcdiatria (INP) en los últimos 5 años en el manejo de pacientes con celulitis orbitaria.

MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron los expedientes clínicos y radiológicos de pacientes con diagnóstico de celulitis orbitaria en el período comprendido de Enero de 1983 a Diciembre de 1987,-

que fueron atendidos en el INP.

Los datos registrados fueron: edad, sexo, síntomas, signos, exploración oftalmoscópica, cultivos, estudios radiológicos, tratamiento, evolución y complicaciones.

RESULTADOS:

Fueron 49 pacientes, 26 mujeres y 23 hombres con diagnóstico de celulitis orbitaria. 16 pacientes fueron menores de 1 año. 18 pacientes entre 1 y 5 años, 8 pacientes entre 6 y 10 años y 7 pacientes entre 11 y 18 años (Cuadro 1).

Los signos y síntomas predominantes fueron en orden de frecuencia los siguientes: edema priorbitario, fiebre, quemosis, dolor ocular, hiperemia conjuntival, irritabilidad, secreción ocular, limitación de movimientos oculares, epifora, proptosis y fotofobia (Cuadro 2).

Sólo en dos pacientes la celulitis orbitaria fué bilateral.

Los cultivos bacteriológicos fueron efectuados en 22 pacientes, siendo obtenidos de sangre, secreción ocular, de los fondos de sacos y secreción ótica. La mayoría de los pacientes habían sido manejados con antibióticos previamente a su ingreso. Los resultados de los cultivos se muestran en el cuadro 3.

Las radiografías de senos paranasales fueron realizadas en 35 pacientes, resultando 22 con cambios compatibles de sinusitis (Cuadro 4); en 19 pacientes se realizó drenaje quirúrgi

co de los senos paranasales involucrados, obteniéndose en todos la confirmación diagnóstica por histología; 2 pacientes que no se realizó drenaje quirúrgico, evolucionaron satisfactoriamente con manejo médico y el otro paciente se envió a otro hospital para su manejo. (Cuadro 7).

El evento inicial desencadenante de la celulitis orbitaria, fueron principalmente sinusitis, infección de vías respiratorias altas, caries y/o absceso peridentales y otitis media supurada. (Cuadro 5).

Todos los pacientes fueron tratados con doble esquema antibiótico en base a la edad, causa desencadenante y los agentes bacterianos más frecuentemente reportados en la literatura. Fueron utilizadas las siguientes asociaciones: en los pacientes mayores de 3 años y menores de 5 años, dicloxacilina cloranfenicol; en los recién nacidos y mayores de 5 años, se utilizó amikacina dicloxacilina. El paciente con antecedente de mordedura de perro en cara, fué tratado con penicilina amikacina, y el paciente con antecedente de traumatismo directo se manejó únicamente con dicloxacilina (Cuadro 7).

En 12 pacientes se presentaron complicaciones. 5 casos con absceso orbitario, de los cuales 3 el drenaje fué espontáneo y en los 2 restantes, que presentaron cuerpo extraño, se requirió drenaje quirúrgico. En 5 pacientes existió absceso subperiostico, detectándose y drenándose al momento de la cirugía de senos paranasales por sinusitis.

1 paciente desde el momento de ingreso presentó osteomielitis orbitaria, la cual se resolvió favorablemente con el manejo de antibióticos. 2 pacientes presentaron retracción del párpado superior y otros 2 presentaron ptosis palpebral, requiriendo corrección quirúrgica. (Cuadro 6 y 7).

En el cuadro 7 se presentaron los datos generales de todos los pacientes.

DISCUSION:

Las causas de celulitis orbitaria son variadas. La mayoría de las causas ocurren por diseminación desde estructuras--contiguas como los senos paranasales (4-7). Cualquiera de los senos puede estar involucrado, aunque en los niños los senos etmoidales son los primeros en neumatizarse y la etmoiditis es la causa más común (5,8). En nuestro estudio observamos una mayor incidencia de etmoiditis asociada a sinusitis maxilar 2 veces más que la etmoideitis sola (13 casos contra 6).

La inoculación directa puede ocurrir después de heridas punzocortantes en la órbita cuando se perfora el septum. La retención de cuerpos extraños en la órbita es otro curso de infección. 2 de nuestros casos, se presentaron por cuerpos extraños; uno por un lápiz y el otro por un trozo de madera, el del cuerpo extraño por el lápiz presentó oftalmoplegia completa requiriendo manejo por neurocirugía ya que el cuerpo se presentó a un lado del seno cavernoso.

Ciertos procedimientos quirúrgicos causan raramente infección orbitaria. Estos incluyen procedimientos de exploración de tumores orbitarios, cirugía de retina (desprendimiento de retina) y operaciones de estrabismo (10). En nuestra revisión no encontramos ningún caso secundario a procedimientos quirúrgicos .

Las infecciones dentales o intracraneanas pueden extenderse a la órbita. Sólo las causas odontológicas pudieron ser --documentadas en 5 pacientes de nuestra revisión que representa el 10.2% del total, siendo la tercera causa más frecuente de la sinusitis y las infecciones de vías respiratoria altas.

En los adultos, la infección de la órbita vía hematógica es extremadamente rara, sin embargo, en niños la celulitis orbitaria puede desarrollarse por esta vía. En recién nacidos la infección intrauterina ha sido implicada como causa de celulitis orbitaria (12), teniendo en nuestra revisión un neonato de 5 días de vida al ingreso, cuya causa desencadenante probable fué una -

conjuntivitis (oftalmia neonatorum) (paciente 23).

Las bacterias que más comunmente causan celulitis orbitaria son *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* y *Streptococcus pneumoniae* (5-6). De estos el *Staphylococcus aureus* fué el agente etiológico más común lográndose su aislamiento en un 63 % de los cultivos de nuestra serie. Se ha reportado en niños menores de 5 años como agente etiológico frecuente al *H influenzae* (13), en nuestra serie encontramos 2 casos con cultivos positivos para este gérmen, con una frecuencia de 4 % del total de cultivos positivos.

No pudimos documentar la participación de organismos anaeróbicos en nuestra serie por no realizarse cultivos especiales. Estos organismos son reportados como agentes de celulitis orbitaria (14).

Independientemente del curso de la infección, algunos signos y síntomas de la celulitis orbitaria son distintivos, encontrando en todos nuestros pacientes como signo cardinal al edema periorbitario, seguido por quemosis, hiperemia conjuntival, dolor y secreción ocular. La limitación de la movilidad ocular y la ptosis presentaron una baja incidencia en relación a otras series, esto debido tal vez a que el marcado edema palpebral interfiera con una buena exploración física. Podemos concluir que el edema palpebral, la fiebre, la secreción ocular y la irritabilidad son signos y síntomas más tempranamente encontrados.

Antes de la era de antibióticos, 19% de los pa--

cientes con celulitis orbitaria fallecían por complicaciones intracraneanas. Cerca del 20% de los pacientes evolucionaban a la ceguera del ojo involucrado y un 13 % sufría de una pérdida visual por la infección (6), ésto último puede ser motivo de investigación prospectiva.

La asistencia de un otorrinolaringólogo es esencial en el manejo de estas infecciones, porque la celulitis es la causa más frecuente de celulitis orbitaria. Siempre en pacientes con diagnóstico de celulitis orbitaria se deberá hacer un cuidadoso examen clínico y radiológico de senos paranasales, en busca de datos de sinusitis con obtención de material para estudio bacteriológico de la nasofaringe, mucosa nasal y conjuntiva y siendo esencial el hemocultivo.

Los estudios radiológicos son auxiliares en el diagnóstico de celulitis orbitaria. Si la causa de la infección es una sinusitis, la opacificación de los senos paranasales es un hallazgo frecuente.

La frecuencia de complicaciones en nuestra serie fué de 24 % representando en la mayoría de los casos, procesos de poca gravedad debido al manejo temprano y agresividad con antibióticos.

C U A D R O # 1

EDAD Y SEXO

0-11 MESES	16	7 HOMBRES 9 MUJERES
12-23 MESES	7	2 HOMBRES 5 MUJERES
2-5 AÑOS	11	6 HOMBRES 5 MUJERES
6-10 AÑOS	8	3 HOMBRES 5 MUJERES
11-18 AÑOS	7	5 HOMBRES 2 MUJERES
TOTAL	49	HOMBRES 23 MUJERES 26

C U A D R O # 2

CELULITIS ORBITARIA: SIGNOS Y SINTOMAS EN 49 PACIENTES

EDEMA PERIORBITARIO	49 CASOS
PROPTOSIS	10 CASOS
DOLOR OCULAR	15 CASOS
LIMITACION DE MOVIMIENTOS OCULARES	11 CASOS
HIPEREMIA CONJUNTIVAL	15 CASOS
SECRECION OCULAR	14 CASOS
FOTOFOBIA	7 CASOS
EPIFORA	8 CASOS
QUEENOSIS	18 CASOS
ALTERACIONES DEL FONDO DE OJO	2 CASOS
ALTERACIONES PUPILARES	5 CASOS
FIEBRE	24 CASOS
RINORREA	8 CASOS
CEFALEA	4 CASOS
VOMITO	4 CASOS
IRRITABILIDAD	13 CASOS
RECHAZO AL ALIMENTO	5 CASOS

C U A D R O # 3

BACTERIOLOGIA

HEMOCULTIVOS:	
NEGATIVOS	16
S. aureus Coag. (+)	3
S. epidermidis	1
Micrococcus sp.	1
SECRETION OCULAR	
S.aureus Coag. (+)	8
S. aureus Coag. (-)	3
S. epidermidis	1
S. aureus Coag. (+) y S. pyogenes	1
S. gamma hemolitico y Haemophilus sp.	1
Klebsiella sp. y Serratia sp.	1
S aureus Coag (+) y Moraxella sp.	1
S. aureus Coag.(-) y Haemophilus sp.	1
NEGATIVOS	5
Frotis con Bacilos gram (-)	1
Frotis con cocos gram (+)	1

C U A D R O # 4

HALLAZGOS RADIOLOGICOS

SINUSITIS MAXILAR Y ETMOIDAL	13 CASOS
ETMOIDITIS	6 CASOS
SINUSITIS MAXILAR	3 CASOS
MASTOIDITIS	1 CASO
OSTEOMIELITIS DE ORBITA SUPERIOR	1 CASO
NORMAL	11 CASOS
TOTAL	35 CASOS

C U A D R O # 5

CAUSAS DE CELULITIS ORBITARIA EN 49 PACIENTES

CARIES y/o ABSCESO PERIDENTAL	2 CASOS
OTITIS MEDIA SUPURADA	1 CASO
PRURIGO POR INSECTOS	3 CASOS
CUERPO EXTRAÑO	2 CASOS
MASTOIDITIS	1 CASO
MORDEDURA DE PERRO	1 CASO
TRAUMATISMO	1 CASO
CONJUNTIVITIS	1 CASO
DACRIOCISTITIS	1 CASO
IMPETIGO	1 CASO
SINUSITIS MAXILAR Y ETHOIDAL	10 CASOS
SINUSITIS MAXILAR? ETMOIDITIS Y	3 CASOS
ABSCESO PERIDENTAL	
ETMOIDITIS	4 CASOS
ETMOIDITIS Y OSTEOMIELITIS MAXILAR SUP.	2 CASOS
SINUSITIS MAXILAR	3 CASOS
INFECCION VIAS AEREAS SUPERIORES	13 CASOS
TOTAL	49 CASOS

C U A D R O # 6

COMPLICACIONES

ABSCESO ORBITARIO	5 CASOS
ABSCESO SUBPERIOSTICO	4 CASOS
OSTEOMIELITIS ORBITARIA	1 CASO
RETRACCION PALPEBRAL	2 CASOS
PTOSIS PALPEBRAL	2 CASOS
TOTAL	14 CASOS

C U A D R O # 7

DATOS GENERALES.

No	EDAD	SEXO	TIEMPO EVOLUCION	CAUSA PREDISPONENTE	RADIOLOGIA	BACTERIOLOGIA	TRATAMIENTO MEDICO	TRATAMIENTO QUIRURGICO	COMPLICACIONES
1	4m	F	1 día	Rinofaringitis		H.- Negativo	Dicloxacilina Cloranfenicol		
2	9m	M	7 días	Rinofaringitis	Normal		Dicloxacilina Cloranfenicol		
3	6m	F	3 meses	Rinofaringitis	Osteomielitis de órbita superior	H.- Negativo	Dicloxacilina Cloranfenicol		Osteomielitis de órbita
4	5a	M	9 días	Traumatismo		H.- Negativo SO.- <u>S. aureus</u> Coagu- lase (+) <u>S. pyogenes</u>	Dicloxacilina		
5	11m	F	1 día	Rinofaringitis		H.- Negativo	Dicloxacilina Cloranfenicol		
6	1a9m	M	2 días	Absceso peridental			Dicloxacilina Cloranfenicol	Rehabilitación bucal (curetaje)	
7	1m'	F	1 día	Rinofaringitis		H.- <u>S. epidermidis</u> SO.- Negativo	Dicloxacilina Cloranfenicol		
8	11a	F	1 semana	Sinusitis maxilar y etmoidal	Sinusitis maxilar y etmoidal	H.- Negativo SO.- <u>S. aureus</u> coagu- lase (-)	Dicloxacilina Gentamicina	Etmoidectomía Caldwell-luc	
9	4m	M	2 días	ETMOIDITIS	Etmoiditis		Dicloxacilina Cloranfenicol	Etmoidectomía (transnasal)	Absceso Subperióstico
10	1a	F	2 días	Rinofaringitis	Normal		Dicloxacilina Cloranfenicol		
11	1a3m	F	1 semana	Rinofaringitis	Normal	SO.- <u>S. no hemolítica (gamma) Haemophilus sp.</u>	Dicloxacilina Cloranfenicol		
12	2a6m	F	2 días	Absceso peridental	Normal	SO.- Frotis con cocos gram (+).	Dicloxacilina Cloranfenicol	Rehabilitación bucal (curetaje)	
13	1a	F	8 días	Otitis media serosa aguda			Dicloxacilina		

CUADRO # 7
DATOS GENERALES (Con:Inuacion)

No	EDAD	SEXO	TIEMPO EVOLUCION	CAUSA PREDISPONENTE	RADIOLOGIA	BACTERIOLOGIA	TRATAMIENTO MEDICO	TRATAMIENTO QUIRURGICO	COMPLICACIONES
14	10a	F	1 semana	Etmoideitis	etmoideitis	H. - <u>S. aureus coagu- lase (+)</u> SO. - <u>S. aureus coagu- lase (+)</u>	Dicloxacilina Cloranfenicol	Etmoidectomia	Retraccion pal- pebral.
15	4a7m	M	4 dias	Sinusitis maxil- lar y etmoidal	Sinusitis maxi- lar y etmoidal	S. - Negativo	Dicloxacilina	Etmoidectomia	Caldwell-luc
16	7m	M	5 dias	Otitis media - supurada aguda etmoideitis	etmoideitis	SO. - <u>Klebsiella sp. Serratia sp. OTID. - <u>Klebsiella sp. H. - Negativo</u></u>	Dicloxacilina Cloranfenicol	Se ignora Se envio a otro hospital	Se ignora
17	10m	M	5 dias	Sinusitis maxil- lar	sinusitis maxi- lar	SO. - <u>S. aureus coagu- lase (+)</u> H. - Negativo	Dicloxacilina Cloranfenicol		
18	3a	M	3 dias	Sinusitis maxil- lar y etmoidal	Sinusitis maxi- lar y etmoidal		Dicloxacilina Cloranfenicol	Etmoidectomia	Caldwell-luc
19	15a	F	1 semana	Rinofaringitis	Normal	H. - Negativo	Dicloxacilina		
20	7a	F	10 dias	Piquete de mos- ca en parpado	Normal	SO. - <u>S. aureus Coagu- lase (+), Moraxell. sp H. - Negativo.</u>	Dicloxacilina Amikacina		
21	14a	M	5 dias	Sinusitis maxil- lar y etmoidal	Sinusitis maxi- lar y etmoidal		Dicloxacilina	Etmoidectomia	Caldwell-luc
22	1a	F	3 dias	Prurigo por in- sectos en cara	Normal	H. - Negativo	Dicloxacilina Cloranfenicol		
23	5a	M	2 dias	Conjuntivitis		H. - Negativo	Dicloxacilina Amikacina		
24	13a	M	6 dias	Sinusitis maxil- lar	Sinusitis maxi- lar	H. - <u>Micrococcus sp</u>	Dicloxacilina Cloranfenicol	Caldwell-luc	
25	15a	M	6 dias	Sinusitis maxil- lar y etmoidal	Sinusitis maxi- lar y etmoidal	SO. - Negativo	Dicloxacilina Cloranfenicol	Etmoidectomia	Caldwell-luc
26	14a	M	2 dias	Sinusitis maxil- lar y etmoidal	Sinusitis maxi- lar y etmoidal		Dicloxacilina	Etmoidectomia	Caldwell-luc

CUADRO # 7
DATOS GENERALES (Continuacion)

No	EDAD	SEXO	TIEMPO EVOLUCION	CAUSA PREDISPONENTE	RADIOLOGIA	BACTERIOLOGIA	TRATAMIENTO MEDICO	TRATAMIENTO QUIRURGICO	COMPLICACIONES
27	11a	M	2 dias	Sinusitis maxilar y etmoidal	Sinusitis maxilar y etmoidal		Dicloxacilina Cloranfenicol	Etmoidectomia Caldwel-luc	
28	5a	F	8 dias	Sinusitis maxilar y etmoidal absceso peridental	Sinusitis maxilar y etmoidal		Dicloxacilina Cloranfenicol	Etmoidectomia Caldwel-luc Rehabilitacion bucal (curetaje)	
29	2a	F	6 dias	Rinofaringitis		H.- Frotis bacilos gram (-)	Dicloxacilina Cloranfenicol		
30	7a	F	7 dias	Etmoiditis	Etmoiditis	H.- Negativo SO.- <u>S. aureus</u> coagu- lase (-). <u>Haemophilus</u> sp	Dicloxacilina Cloranfenicol	Etmoidectomia	Absceso Subperiostico
31	9a	M	5 dias	Sinusitis maxilar	Sinusitis maxilar	H.- Negativo	Dicloxacilina Cloranfenicol	Caldwel-luc	
32	45d	M	6 dias	Dacriocistitis	Normal	SO.- <u>S. aureus</u> coagu- lase (+)	Dicloxacilina Cloranfenicol		
33	5a	M	15 dias	Sinusitis maxilar y etmoidal Absceso peridental	Sinusitis maxilar y etmoidal	Secresion etmoidal.- Negativo	Dicloxacilina Cloranfenicol		
34	1a4m	M	15 dias	Deltis media Etmoiditis	Etmoiditis	SO.- <u>S. aureus</u> coagu- lase (+). <u>Otica</u> - <u>S.</u> <u>aureus</u> coagulase (+) E.- Negativo	Dicloxacilina Cloranfenicol	Etmoidectomia	Absceso Subperiostico
35	11m	F	2 dias	Rinofaringitis	Normal	H.- Negativo. SO.- <u>S. aureus</u> coagu- lase (-).	Dicloxacilina Cloranfenicol		
36	3a	M	8 dias	Mastoiditis	Mastoiditis	H.- Negativo SO.-Frotis negativo.	Dicloxacilina Cloranfenicol	Mastoidectomia	
37	4a	F	8 dias	Impetigo	Normal	H.- Negativo SO.- <u>S. aureus</u> coagu- lase (+)	Dicloxacilina Cloranfenicol	Drenaje absceso	Absceso orbitario. Fosis -- palpebral

CUADRO # 7
DATOS GENERALES(Continuacion)

No	EDAD	SEXO	TIEMPO EVOLUCION	CAUSA PREDISPONENTE	RADIOLOGIA	BACTERIOLOGIA	TRATAMIENTO MEDICO	TRATAMIENTO QUIRURGICO	COMPLICACIONES
38	7m	F	3 dias	Rinofaringitis	Normal	S0.- <u>S. epidermis</u>	Dicloxacilina Cloranfenicol	Drenaje absceso	Absceso orbita rio.
39	6a	M	11 dias	Absceso peridental. Sinusitis maxilar y etmoidal.	Sinusitis maxilar y etmoidal	H.- Negativo S0.- Negativo	Dicloxacilina Cloranfenicol	Etmoidectomia Caldwel-luc. Rehabilitacion bucal(curetaje).	
40	10m	F	1 semana	Etmoiditis	Etmoiditis	S0 y H.- <u>S. aureus coagulasa (+)</u>	Dicloxacilina Cloranfenicol	Etmoidectomia	Absceso orbita rio.
41	4a	M	2 dias	Mordedura de perro.			Penicilina G Amikacina		
42	6a	F	12 dias	Sinusitis maxilar y etmoidal.	Sinusitis maxilar y etmoidal.	H.- Negativo	Dicloxacilina Cloranfenicol.	Etmoidectomia Caldwel-luc	Absceso Subperiostico
43	1a3m	F	3 dias	Prurigo por insectos		S0.- <u>S. aureus coagulasa (-)</u>	Dicloxacilina Cloranfenicol		f
44	7a	F	4 dias	Sinusitis maxilar y etmoidal	Sinusitis maxilar y etmoidal		Dicloxacilina	Etmoidectomia Caldwel-luc	
45	7m	F	1 dia	Rinofaringitis		H.- Negativo	Dicloxacilina Cloranfenicol		
46	3a	F	15 dias	Cuerpo extraño (madera).		S0.- <u>S. aureus coagulasa (+)</u>	Dicloxacilina Amikacina	Drenaje absceso	Absceso orbita rio. Retraccion palpebral.
47	6a	F	7 dias	Sinusitis maxilar y etmoidal	Sinusitis maxilar y etmoidal		Dicloxacilina Cloranfenicol	Etmoidectomia Caldwel-luc	
48	8m	M	5 dias	Rinofaringitis			Dicloxacilina Cloranfenicol		
49	9a	M	2 dias	Cuerpo extraño		S0.- <u>S. aureus coagulasa (+)</u>	Dicloxacilina Amikacina	Drenaje absceso	Absceso orbita rio. Ptosis -- palpebral

H.- Hemocultivo. S0.- Secresion ocular

BIBLIOGRAFIA.

ESTA TESIS HA SIDO
COPADA DE LA BIBLIOTECA

- 1.- Robinson D Harley.: Disorder of the orbit. Pediatric - Ophthalmology Ed. W.B. Saunders Company, Philadelphia, - 1983 p 360.
- 2.- Padilla de Alba F.: Patología de la órbita. En oftamología fundamental. Editorial Méndez Cervantes. México 1977.pp 98-99.
- 3.- Behrman R, E., Vaughan V.C.: Anomalías orbitarias. En - tratado de Pediatría. Editorial Interamericana. Mexico 1985.pp 1837-1838.
- 4.- Chandler J.R., Langen Bruaner D.J. Stevens E.R.: The pathogenesis of orbital complications in acute sinusitis. Laryngoscope 80:1 14:1970
- 5.- Haynes R, E., Cramblett H.G.: Acute etmoiditis; its relationship to orbital cellulitis. Am J Dis Child 114;261:1967.
- 6.- Jarret W.H. II., Gutman F.A.: Ocular complications of infection of the paranasal sinuses. Arch Ophthamol 81:683;1969.
- 7.- Smith AT., Spencer JT.: Orbital complications resucting - from lesions of the sinuses. Ann Otol Rhinol Leryngol 57:5:1948.
- 8.- Gamble RC.: Acute inflammations of the orbital in children Arch. Ophthalmol 10:483;1933.
- 9.- Ferguson EC. III.: Deep, Wooden Foreign bodies of the orbit: A report of two cases. Trans Am Acad Ophthamol Otolaryngol 74;778:1970
- 10.- Von Noorden G.K.: Orbital cellulitis folowing extra ocular muscle surgery. Am J Ophthamol 91:89:1974.

- 11.- Diwan R, Sen DK., Sood GC.: Rat bite orbital cellulitis.
Br J Ophthalmol 54:211:1970.
- 12.- Appalana Rasayya K., Murthy ASR., Viswanath CK., et al.:
Proptosis in a Newborn due to orbital infection : Case
report. Int. Surg 55;149:1971.
- 13.- Londer L., Nelson DL.: Orbital cellulitis due to Haemophi-
lus influenzae. Arch Ophthalmol 91:89; 1971.
- 14.- Frederick J., Braude AL.: Anaerobic infection of the para-
nasal sinuses. New Engl J Med 290:135:1974.